



Dificuldades encontradas pelos moradores de rua no acesso a saúde pública

Difficulties encountered by street residents in access to public health

Bruno Moreira da Silva¹, Vivian Naylla da Silva², Erci Gaspar da Silva Andrade³

1. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

2. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

3. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil. erciqaspar@senaaires.com.br

RESUMO

Identificaram-se as dificuldades encontradas pelos moradores de rua ao acesso à saúde pública. Trata-se de uma revisão literária através de conteúdo em documentos oficiais e publicações nacionais do banco de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs e Scientific Electronic Library Online – SciELO. Tem-se uma grande dificuldade a implementação das políticas públicas na sociedade, a discriminação, o preconceito é um fator que acaba afastando o morador de rua das redes de atenção à saúde. A invisibilidade dessa população em situação de rua implica a falta a implementação dos acessos as redes de atenção a saúde de modo que o morador de rua se sinta afastado/abandonado pela sociedade com isso torna-se necessário que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam garantidos na prática.

Descritores: Moradores de rua; Saúde pública; Política em saúde; Consultório de rua.

ABSTRACT

We identified the difficulties encountered by homeless people in accessing public health. This is a literary review through content in official documents and national publications of the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature Database - Lilacs and Scientific Electronic Library Online - SciELO. There is a great difficulty in the implementation of public policies in society, discrimination, prejudice is a factor that ends up driving the inhabitant from the streets of health care networks. The invisibility of this homeless population implies the lack of implementation of access to health care networks so that homeless people feel removed / abandoned by society.

Descriptors: Homeless; Public health; Health policy; Street office.

Como citar: Silva BM, Silva VN, Andrade EGS. Dificuldades encontradas pelos moradores de rua no acesso a saúde pública. Rev Inic Cient Ext. 2019; 2(Esp.2):280-6.

INTRODUÇÃO

Os moradores de rua começaram a surgir no Brasil antes mesmo da abolição dos escravos, com a libertação desses cativos houve uma intensificação no número desses indivíduos. Por esse ângulo eram conhecidos “vagabundos” desiguando não pela falta de moradia, mas pela ausência de trabalho.¹

Apesar do crescimento visível da População em Situação de Rua (PSR) nas últimas décadas, ela constitui um fenômeno antigo.²

O amplo acesso ao SUS (Sistema Único de Saúde) em sua teoria vem sendo facilitado para a PSR. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem se apresentado como uma importante estratégia de enfrentamento das singularidades, desigualdades históricas no que tange às questões de saúde da PSR. Em sequência a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR), a PNAB criou equipes de Consultórios na Rua (eCR).³

De acordo com o artigo 196 da Constituição federal de 1988 a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁴

Assim foi realizado um estudo de revisão literária com a finalidade de identificar as dificuldades encontradas pelos moradores de rua ao acesso a saúde pública.

MÉTODO

O presente estudo foi realizado através de revisão de Literatura, pesquisando artigos científicos que abordassem a temática, em questão na biblioteca virtual, SCIELO e LILACS. A coleta de dados foi realizada em agosto e setembro de 2019, como critério de inclusão utilizaram-se artigos que descrevessem como é a busca ao acesso a saúde pública do morador de rua, tendo em vista as suas barreiras e dificuldades. Os artigos foram pesquisados entre 2014 a 2019 utilizou-se para busca os seguintes descritores, moradores de rua, saúde pública, consultório de rua e política em saúde, além desses artigos foi feito pesquisas em documentos oficiais. Os critérios de exclusão foram artigos que não abordaram a temática, e artigos que, apesar de falarem sobre moradores em situação de rua, não possuem enfoque em analisar a forma de acesso à saúde por essa população em estudo, artigos que não continham textos completos e artigos que estavam em língua estrangeiras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos possibilitaram o desenvolvimento de propostas para promover uma melhoria contínua nos processos existentes. E ainda a adoção de novos processos, em busca de uma melhor qualidade e igualdade de atendimento a pacientes que estejam em situação de rua.

Segue abaixo um quadro onde estão relacionados os principais artigos selecionados para a reflexão do tema aqui proposto citando o autor, título da obra o ano de publicação e o resultado/considerações proposta.

Quadro-1 Informativo dos artigos estudados para análise de tema proposta.

Nome do autor	Título da obra	Ano de publicação	Resultados/ considerações
Borysow IC, Furtado JP.	Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua	2014	Avaliaram o trabalho de assistência intersetorial sobre a inserção e o fluxo de pessoas em situação de rua, com transtorno mental grave, nos serviços públicos de Saúde Mental. Descrevendo como os profissionais estão acerca do atendimento a PSR.
Hallais JAS, Barros NF.	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	2015	Observa o acolhimento e a produção de cuidado destinados à população em situação de rua, destaque uma vez que se tem a Política nacional da População em Situação de Rua-PNPSR e outras políticas setoriais e intersetoriais, elas nem sempre garantem um cuidado integral.

Paiva et al	Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática	2016	O estudo descreve sobre a PSR ser tímida na produção do conhecimento, principalmente, quanto à compreensão dos determinantes sociais do seu processo saúde/doença.
Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB.	Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social	2016	Apresenta sobre o consultório de rua suporte social, afeto e perspectiva de mudança, para quem se encontra em situação de rua.
Medeiros CR, Cavalcante P.	A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores	2018	Apresenta que há convergências quanto a relevância de um contexto favorável, do legado de políticas prévias e de fatores relacionados às competências e capacidades das prefeituras como determinantes à participação no programa Consultório na Rua.
Sicari AA, Zanella AV.	Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática	2018	Apresenta a necessidade de novas pesquisas para que possam apontar indicadores para a construção de políticas públicas atentaos direitos dessa população
Oliveira et al	Necessidades, produção do cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua	2018	Avalia as necessidades da PSR sendo elas de sobrevivência e de acesso aos serviços de saúde. A produção do cuidado envolve aspectos físico-biológicos, espirituais e afetivo-sociais. As expectativas dessas pessoas expressam o desejo de uma assistência à saúde que considere suas singularidades e lhes ofereça aparatos sociais.
Paula et al	A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde	2018	Trás a necessidade da implantação dos consultórios de rua para uma melhor resolutividade nos problemas a PSR.

Fonte: BVS, Scielo Lilacs. 2014-2019

Os artigos revisados tiveram seus conteúdos categorizados, a seguir, serão apresentados e discutidos os eixos de análise.

Leis de acesso à saúde pública

A Constituição Federal de 1988 informa no art. 196 que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, isso significa que qualquer pessoa tem o direito de ter acesso integral à saúde para isso acontecer era necessário ter em mãos a documentação do indivíduo juntamente com um comprovante de residência. Isso poderia impossibilitar que algumas pessoas tivessem acesso à saúde. Muitos dos moradores de rua já não possuem seus documentos e muito menos um comprovante de residência, devido toda essa burocracia não havia como ser atendido em qualquer rede pública.^{1,4}

Para solucionar essa dificuldade, foi editada a Lei nº 13.714/2018, que adicionou um aparato na Lei nº 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) onde possibilita o atendimento no SUS de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social, mesmo que não seja exibido comprovante de residência e nem qualquer tipo de documentação, essa lei proíbe indiscutivelmente a recusa de atendimento pelo SUS.⁵

Apesar de a Constituição Federal assegurar saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas econômicas e sociais, em termos práticos, não se vê o ampliamto desses direitos à PSR, esta vive à margem dos processos de inclusão e sofre graus enfáticos de vulnerabilidade e marginalidade no acesso aos bens e serviços.²

Ainda assim com a existência de políticas públicas para esse grupo social, com recursos legais para que sejam garantidos os direitos da PSR, revela-se que estes não são realmente garantidos na prática.⁶

A PSR não carece de um sistema de saúde novo, mas que a equidade, a integralidade e a universalidade sejam asseguradas conforme está na Constituição Brasileira, para que assim sejam

atendidas as necessidades da população de rua.²

Em dezembro de 2009, como conquista expressiva do II Encontro Nacional de População em Situação de Rua, foi publicado o texto da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), pautado na perspectiva de assegurar a integralidade das políticas públicas e do acesso aos direitos de cidadania às pessoas em situação de rua, contudo, se destaca que tal política ainda não foi implementada na maioria dos estados brasileiros.²

Para sanar tais problemas e melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde específicos à população em situação de rua, o Ministério da Saúde publicou (MS) a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e atividades das eCR como porta de entrada deste segmento populacional nos serviços de atenção. Assim, o Consultório na Rua (CnaR) é um equipamento deambulante de saúde que integra a Rede de Atenção Básica e desenvolve ações de atenção psicossocial, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes estabelecidas pela PNAB. Por isso, trabalha em parceria com as unidades básicas de saúde e com os Centros de Atenção Psicossocial, priorizando que a assistência e o cuidado sejam realizados no próprio território de rua.⁷

Desafios enfrentados pelos moradores de rua para sua inserção a saúde pública

Apesar da Constituição Federal assegurar a saúde como um direito da cidadania e dever do estado, ainda há populações em circunstância de extrema vulnerabilidade, conforme a PSR, inúmeros são os obstáculos para pessoas que vivenciam a situação de rua acessarem os serviços de saúde, mantendo-os invisíveis para o sistema. Os motivos que impedem ou atrasam a procura por um serviço de saúde, dentre eles destacando-se o preconceito e a discriminação relacionados às condições de higiene, que está prejudicada através do uso de vestimentas sujas, falta de banho, odor fétido e o grande tempo de espera pelo atendimento. Dessa forma, demonstra que a saúde dos PSR está ainda mais comprometida porque são infringidos aos princípios de universalidade ao acesso dos serviços de saúde.⁸

A definição de saúde e doença para essa população é diversificada, não há conceitos maiores ou menores, mas sim, conceitos que fazem sentido para o que eles estão vivendo.²

Porem, o que se tem constatado na prática dos serviços de saúde é que o modelo multicausal tem inspirado no planejamento de ações de promoção da saúde nos diversificados níveis de atenção. Tem também, um apoio do modelo biomédico e medicalizador. Por apresentar essa forma de raciocinar e de produzir, os serviços de saúde não tem conseguido resolver os problemas relativos ao processo saúde-doença.²

O acesso aos serviços de saúde se apresenta, de modo geral, com obstáculos significativos para sua efetiva garantia, em especial na atenção primária. Logo o processo saúde-doença das PSR vem sendo atendido somente em situações emergenciais quando o corpo já não consegue resistir aos sintomas e está impedido de lutar pela sobrevivência, muitas das vezes, por profissionais sem preparo para perceber suas carências de saúde, e por esse motivo sofrem preconceitos e não se tem a escuta qualificada para o acolhimento das demandas e necessidades de saúde dessa população. Além disso, ressalta outros obstáculos correlacionados ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, como problemas na organização e iniciativa para o trabalho de um a busca ativa para essa população.^{2,8}

Identificaram que existe na população em situação de rua os sentimentos de auto rejeição e baixa autoestima devido às práticas estigmatizantes e de discriminação que vivenciam.⁶

Um dos desafios mais característicos dessa população se dá sobre itinerância, em manter vínculos e o uso de substâncias psicoativas como estratégia de sobrevivência nas ruas, dotam o perfil da PSR de especificidades que, diante do modelo pouco adaptado dos serviços de saúde, redundam em frequentes abandonos do tratamento por parte da clientela.⁹

Portanto encontra-se o desafio de capacitar profissionais que sejam aptos a atender as demandas para pessoas em circunstância de rua, pois se deve compreender a dinâmica do cuidado, considerando as necessidades postas pela vida na rua.⁸

Além dos avanços das políticas públicas para as PSR, é preciso percorrer na produção de vínculos para o atendimento das necessidades dessas pessoas. Consta que as pessoas que vivem em situação de rua são as que menos usam o serviço de saúde. Porém, isso vem sendo modificado com a instituição das eCR, onde buscam atender integralmente as necessidades de saúde e ampliar o acesso ao cuidado, ocorrendo um acompanhamento no território ou no serviço de saúde.⁸

Implementação das equipes de consultório de rua

Das pessoas que estão na rua percebe-se que muitas vão em busca da liberdade, são inúmeras as razões que as fazem ir para as ruas, algumas vezes por opção; outras, por falta. As pessoas que dizem ter escolhido voluntariamente as ruas, aparentemente têm maior facilidade de adaptação neste ambiente. Dizem estar em busca de algo – na maioria dos casos, buscam a liberdade – e, assim, entendem as ruas como um recurso necessário para alcançarem seus objetivos ao saírem de casa. Quando ocorre a ruptura com a vida anterior é algo programado, nem sempre o que se passa com a pessoa é de conhecimento dos familiares. Há uma grande diferença de quem aparenta apenas ficar, de quem está e de quem é das ruas.^{1,6}

As reais necessidades desse grupo social devem ser consideradas pelas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde e demais Políticas Sociais voltadas para esta população, com vistas à efetuação dos princípios do SUS para este grupo historicamente afastado de seus direitos. Dar visibilidade a esta parcela da sociedade permitirá que suas necessidades sejam respondidas a partir dos arranjos organizativos das redes de atenção à saúde e de novos modos de organizar o processo de trabalho em saúde, o que constitui um desafio para a saúde coletiva.¹⁰

O atendimento a grupos vulneráveis, como a PSR, é um constante desafio para a prática dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica. Sabendo das necessidades de ações de cuidado resolutivo que incluísse este grupo vulnerável, o MS, em consonância com a PNAB e a PNPR, criou o equipamento clínico denominado CnaR, com suas respectivas eCR. O CnaR foi criado, desse modo, como um objetivo de promover cuidados a PSR com diferentes problemas e necessidades de saúde, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com as Unidades Básicas de Saúde (UBS).¹¹

A questão do financiamento federal para o custeio do programa mostrou-se um fator central na implementação local dos CnaR, pois as maiorias dos gestores municipais concordam que o fornecimento de recursos federais tende a facilitar a adesão, mas também, quando insuficiente ou inadequado, pode constituir-se como uma barreira. Esse resultado é reforçado também quando gestores apresentam sua percepção quanto às razões da não adesão às eCR, tendo em vista que a maioria dos municípios, designou um financiamento federal adequado como facilitador e um financiamento federal inadequado como barreira à implementação do programa. No entanto, o percentual de municípios que considerou a inadequação como obstáculos foi maior entre os que ainda não aderiram. Por esse motivo, pode-se supor que o valor repassado pelo MS aos municípios, referente ao custeamento das eCR, não se configura como estímulo à implementação do programa. A normativa previa a implantação de 307 eCR, distribuídas no Distrito Federal e em 262 municípios brasileiros com população superior a 100 mil habitantes e que possuam um mínimo de 80 pessoas em situação de rua. No entanto, após quatro anos de criação da política pública, apenas 80 municípios, além do Distrito Federal, aderiram à estratégia e se habilitaram a implantar equipes, totalizando 115 eCR financiadas pelo MS, ou seja, somente 30% das cidades elegíveis e 37% de equipes.¹³ Uma das primeiras atividades da eCR é a abordagem na rua por meio de visitas sistematizada ao território para conhecê-lo, não apenas em sua dimensão geográfica, mas, também, em suas características ambientais e sanitárias.¹³

O CnaR tem três planos fundamentais de atuação: a rua; a sede/unidade de referência; e as redes institucionais (saúde e intersectoriais). Por esses planos percorre toda a gestão e a produção do cuidado. A noção de planos ultrapassa a ideia de espaço como espaço físico cotidiano, fixo, inalterável, com clara definição, visível, com fronteiras bem definidas. Compreende que tais planos estão presentes uns nos outros, tornando possível identificar influências e modos de atuar que um plano exerce sobre os outros. Assim, o plano afirma a dependência entre os diferentes espaços do trabalho, já que eles não se estabeleçam como unidades estáveis.¹⁴

Cada equipe do CnaR deve estar vinculada a uma UBS no seu território de atuação. A existência de um espaço para essas equipes dentro dos equipamentos de saúde é preconizada, como contribuição à lógica de reversão da exclusão das pessoas em situação de rua. A garantia de um espaço em um serviço público permite ampliar a resolubilidade de algumas ações em saúde e, ainda, reconhecer que a pessoa que vive na rua é um cidadão de direitos, que pode e deve acessar qualquer serviço de saúde.¹⁵

O intermédio e à atenção em um sistema de saúde pública e à articulação das demais políticas públicas complementares ao trabalho da eCR, são conhecimentos, habilidades e atitudes ligadas à capacidade de promover a abordagem integral do processo saúde-doença na população, alinhada às políticas públicas de atenção e à gestão da assistência, de modo a construir estratégias para superar estigmas e preconceitos próximo à comunidade e aos demais serviços e contemplar ainda a promoção de acesso às demais políticas públicas.³

CONCLUSÃO

Diante da invisibilidade que se tem com o público que mora na rua, muitas vezes o acesso aos serviços de saúde vem sendo negado, mesmo que perante lei os mesmos tenham essa garantia de entrada, embora os serviços façam parte de uma rede onde assegura acesso universal não estão sendo atendidas.

Portanto, há um desafio para a gestão, trabalhadores e movimentos sociais, onde questiona o SUS como uma conquista da sociedade e política pública de inclusão social. Frente à situação exposta, e provando a complexidade de se prestar assistência de qualidade às pessoas que vivem em situação de rua, deve-se ter um preparo aos profissionais da área da saúde, para que atenda às necessidades das pessoas em situação de rua e, deste modo, garantir a equidade e atenção integral à saúde desse grupo específico.

Constatou-se que apesar da existência da Lei que garanta o acesso da PSR, uma vez que, um programa que visa sanar as dificuldades, sejam elas, por falta de conhecimento do morador de rua ou por vergonha de buscar um atendimento em saúde, que é eCR. A saúde trabalha numa perspectiva de precaução e não apenas curativa. O CnaR facilita o acesso da PSR aos cuidados em saúde e às informações que precisam conhecer para que garantam seus direitos referentes aos serviços disponíveis e que lhes faz jus.

A população em situação de rua não precisa um sistema novo de saúde, mas que os princípios do SUS sejam garantidos conforme está na Constituição, para que assim sejam atendidas as necessidades dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Andrade LP, Costa SL, Marquetti FC. A rua tem um imã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do estado de São Paulo. *Saúde soc.* Vol.23 no. 8 Rio de Janeiro ago. 2016. DOI 10.1590/S0104-12902014000400011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1248.pdf>> Acesso em: 05 de agosto de 2019.
2. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc. saúde coletiva* vol.21 no.8 Rio de Janeiro ago. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015218.06892015 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802595> Acesso em 05 de agosto de 2019.
3. Machado MPM, Rabello ET. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. *Physis* 28 (04) 25 Fev 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280413>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400610>. Acesso em 15 de agosto de 2019.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 17 de agosto de 2019.
5. Brasil. Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília 27 de agosto 2018; seção 1:03. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2015-2018/2018/Lei/L13714.htm> Acesso em: 17 de Agosto de 2019
6. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. *Psicol. cienc. prof.* vol.38 no.4 Brasília Oct./Dec. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n4/1982-3703-04-0662.pdf>> Acesso em: 31 de agosto de 2019.
7. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública* vol.31 no.7 Rio de Janeiro July 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00143114>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>>. Acesso em 15 de setembro de 2019.
8. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev. Bras. Enferm.* vol.71 supl.1 Brasília 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0684.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2019.

9. Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersectoriais para a população em situação de rua. Rev. esc. enferm. USP vol.48 no.6 São Paulo dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1069.pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2019.

10. Oliveira DM, Expedito AC, Aleixo MT, Carneiro NS, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidades, produção do cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua. Rev. Bras. Enferm. vol.71 supl.6 Brasília 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2689.pdf> Acesso em: 16 de setembro de 2019.

11. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Faria MGA, Brandão OS, Scoralick GBF. A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. Rev. Bras. Enferm. vol.71 supl.6 Brasília 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2843.pdf> Acesso em: 21 de setembro de 2019.

12. Medeiros CRS, Cavalcante P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. Saude soc. 27 (3) Jul-Sep 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170946>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n3/1984-0470-sausoc-27-03-754.pdf>> Acesso em: 22 Disponível em: de setembro de 2019.

13. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. Ciênc. saúde coletiva vol.21 no.6 Rio de Janeiro jun. 2016. DOI: [10.1590/1413-8123-2015-0782](https://doi.org/10.1590/1413-8123-2015-0782). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1839.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

14. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. Rev Panam Salud Publica 42 23 Out 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e170/pt/>>. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

15. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Cad. Saúde Pública vol.32 no.8 Rio de Janeiro 2016 Epub 08-Ago-2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00070515>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00070515.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

Recebido em: 11/07/2019
Aceito em: 15/09/2019